

LA VALIDEZ DE LA ESTADÍSTICA HOSPITALARIA, UN PROBLEMA CRUCIAL

Sr. Director:

Las estadísticas de morbilidad hospitalaria¹ desempeñan un papel dentro de nuestros hospitales, dado que constituyen una metodología útil para la gestión de aspectos administrativos y clínicos, y que por su sentido descriptivo nos ayuda en los procesos de control de calidad asistencial.

El desarrollo de ésta información obliga a pasar por una serie de fases o etapas básicas como son: a) origen de la información, que se ha de realizar en cada servicio con un formulario adecuado y un personal sensibilizado en el tema; b) transmitir la información al servicio o persona encargada, con el menor tiempo posible; c) recibir y controlar la calidad de estos datos de una manera científica; d) procesar, analizar y retransmitir de nuevo esta información a los órganos directivos y a los servicios de origen, es decir, formar un feedback útil de motivación para todos. Este ciclo presenta deficiencias ya sean de conocimiento o de organización en la mayoría de nuestros hospitales.

Estamos de total acuerdo cuando en un reciente estudio presentado en su revista²,

se demuestra una deficiencia en la cumplimentación en los datos de la información y también que las variables administrativas se recogen más satisfactoriamente que las clínicas.

En este aspecto, en un trabajo sobre la validez del diagnóstico principal de alta hospitalaria³ realizado por cinco hospitales comarcales de Catalunya (incluido el nuestro) ya se demostró un 12,5% de error tanto por selección como por codificación⁴, cifra que está muy en desacuerdo con el 5,5% de O'Gorman⁵ en Irlanda, por citar un ejemplo.

Son muchas las deficiencias que nos alejan de otros países en la validez y fiabilidad de los datos de los registros hospitalarios. En este sentido, estamos trabajando para que a principios de año se ponga en marcha una nueva «hoja de resumen de hospitalización», que a través del Consorcio Hospitalario de Catalunya agrupará los conceptos y variables para unificar y comparar la información recogida en la CEE⁶, en una línea más avanzada, siendo imprescindible que se formen en los hospitales centros de cálculo o de estadística y epidemiología que garanti-

cen el control y la autenticidad de los actos.

Antonio Sicras Mainar

Ruth Navarro Artieda

Hospital Municipal de Badalona (Barcelona)

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Morbilidad Hospitalaria: *Anuario Estadístico*. Madrid: INE, 1984.
2. García F, Alen M, Escandon C. *Gaceta Sanitaria* 1987; 2: 49.
3. González CA, Agudo A, Costa et al. Validez del diagnóstico principal de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 269-71.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades OMS. Revisión 1975. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1978.
5. O'Gorman J. Data accuracy and reliability. En: Lambert P, Roger F, eds. *Hospital Statistics in Europe*. Bruxelles, Luxembourg: North Holland Publishing Company, 1982.
6. Roger FH. The minimum basic data set for hospital statistics in the EEC. En: Lambert PH, Roger FH. *Hospital Statistics in Europe* Bruxelles, Luxembourg: North Holland Publishing Company, 1982: 83-112.

UNA EXPERIENCIA EN SALUD COMUNITARIA: PLAN DE SALUD BUCO-DENTAL EN UNA COMARCA GRANADINA

Sr. Director:

El camino iniciado por la reforma sanitaria española, acorde con las directrices de la OMS y la conferencia mundial de Alma Atta (1978), incide especialmente sobre los aspectos preventivos de la salud pública, contemplando en un primer escalón los de mayor importancia para el conjunto de la población.

En la zona objeto de nuestro estudio y por el retraso dentro del marco provincial en integrarse en zona básica de salud, el equipo sanitario local ha elaborado el siguiente plan de salud bucodental por considerarlo como problema de salud preferente debido a su envergadura, a la ventajosa relación coste-beneficio y, con-

textualizándolo dentro de nuestro país y más aún dentro de los países civilizados, al ser esta una enfermedad en continua expansión en los últimos dos siglos^{1,2}.

Mediante la clásica metodología de trabajo en atención primaria³ y a partir de los datos obtenidos en el estudio descriptivo previo de la situación bucodental de la población escolar de Huetor Vega y Cajar (Granada), se estructurará un plan de salud para dichas poblaciones.

a) *Diagnóstico de la situación de salud*. En este apartado deben realizarse tanto: 1. la descripción de la situación, (tal como aparece en la tabla nuestra situación es mejor que la general en la tabla nuestra situación

de situación es mejor que la general en la Comunidad Andaluza para el mismo periodo, primer trimestre de 1987⁴; 2. la identificación y análisis del problema de salud (la caries dental constituye, tanto por su alta prevalencia como por los factores que condicionan, un problema de salud que origina un incremento de la morbilidad, de los costos de tratamiento y de demanda de servicios sanitarios); 3. el pronóstico de la situación (que no será positivo si no coincidimos sobre el problema).

b) *Formulación del Plan de Salud Buco-Dental*. Aquí incluimos las siguientes etapas: 1. Identificación del problema como prioritario (por la gran magnitud, pues lo

Tabla. Descripción de la situación buco-dental en la población escolar de Huetor Vega y Cajar (Granada)

PROBLEMAS:	Años	%
- Porcentaje de Población Escolar con caries	-	72,8
- Índice de caries	7	1,7
	11	1,85
	14	1,3
- Índice CO	7	1,97
	11	1,49
	14	0,02
- Índice CAO	7	0,01
	11	0,58
	14	1,94
FACTORES CONDICIONANTES:		
- Fluoración aguas comunales:		
Cajar	0,2 mg/l	
Huetor Vega	0,28 mg/l	
- Alimentación inadecuada:		
Niños que toman múltiples alimentos azucarados		42,7
- Higiene Bucodental deficiente:		
Niños que no se cepillan nunca los dientes		5,34
Niños que sólo se cepillan los dientes ocasionalmente		50,62
- Ausencia de educación sanitaria		
- Atención odontológica deficiente:		
Caries tratadas		19,1
Caries en dentición provisional tratadas		6,7
Obturación sobre el total de piezas dentadas		69,6

padece el 72,8% de la población escolar, por su enorme trascendencia social y económica, y por su gran vulnerabilidad a cambios de comportamiento y por la previsible eficacia demostrada por un favorable binomio coste-beneficio); 2. Formulación de objetivos (siguiendo las directrices de los apartados 14 y 15 de las metas para la región europea del programa de salud para todos de la OMS⁶ se pretende en el plazo de tres años: Reducir el porcentaje de extensión de las caries en las edades estudiadas del 72,8% actual, a cifras inferiores al 50% y disminuir los índices de caries por escolar a otros inferiores a 1,5.

c) *Selección de actividades.* A nivel municipal. Fluoración de las aguas comunales hasta alcanzar niveles de 0,8 a 1,2 mgr/l, contemplando la posibilidad de sólo fluorar a una concentración cuatro veces superior el agua corriente de las escuelas en

caso de no ser posible lo primero o alternativamente organizar semanalmente enjuagues con fluor (0,2 FNA) y a nivel poblacional (dirigida a la triple vertiente: padres, población escolar y población general, dadas las influencias entre si de estos grupos, se procede en primer lugar a la concienciación de la necesidad de una higiene diaria, incluyendo la enseñanza del cepillado correcto, visualización de la placa bacteriana mediante colorante e introducción entre los hábitos de la población del uso de la seda dental, desconocida hoy día para la mayor parte de sus miembros).

Se incidirá también en la eliminación de los edulcorantes clásicos (sacarosa, glucosa, fructosa y sorbitol) considerando asimismo la alternativa de restringir su consumo, evitando especialmente los caramelos blandos y pegajosos y la ingesta de azúcar entre comidas, siendo muy im-

portante su prohibición absoluta antes de ir a dormir. Asimismo se recomienda la sustitución de los edulcorantes clásicos por otros no nutritivos (Sacarina, ciclamato, aspartano). Se incide especialmente sobre el consumo de bebidas de cola y otros refrescos que además de contener azúcares, incluyen en su composición ácidos desmineralizantes del esmalte dental.

Igualmente se recomienda la ingesta de alimentos sin refinar ricos en fibras vegetales como el pan integral que exigen una mayor insalivación y una masticación más enérgica. La puesta en marcha de estos puntos se lleva a cabo en programas específicos que por lo reducido de este artículo no desarrollamos.

d) *Evaluación.* La evaluación se realizará año tras año paralelamente al reconocimiento escolar obligatorio siendo la correspondiente al año 1991 la que proporcione los índices definitivos para comprobar si se han conseguido los objetivos previstos.

Bibliografía

1. Gimeno A, Sánchez B, Viñez JJ et al. Estudio epidemiológico de las caries dental y patología bucal en España. *Rev San Hig Pub* 1971; 45: 361-433.
2. Calzada JM. ¿Puede llegarse a la vejez sin perder un solo diente?. *Leguas* 1987; 124: 1-26.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria* (1ª Ed.), Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
4. Ballesteros P, Eusebio A, Gómez de Travecedo MT. Estudio del problema de las caries dental en el distrito sanitario de la Mancomunidad del Río Monachil. *Atención Primaria* (en prensa).
5. *Estudio epidemiológico de los índices CAO en Andalucía.* Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1987.
6. *Targets for health for all.* Geneva: OMS, 1985.

P. Ballesteros Alvarez

MT. Gómez de Travecedo y Calvo

R. Valverde Ruiz

N. Gallardo San Salvador

M. Peña Tareras

Consultorio Municipal de las localidades de Huetor Vega y Cajar (Granada)

